

VANISH trial: Yoğunlaştırılmış ilaçlara karşı Ablasyon, MI Sonrası İlaça Dirençli, Şoklu VT Yükünü Azaltır

Kateter ablasyonunun, iskemik kalp hastalığı ve antiaritmik ilaç (AAİ) tedavisine rağmen VT'si olan hastalarda daha fazla ventriküler taşikardi (VT) olmaksızın sağkalımı uzattığı bilinmektedir. Şimdi, bu tür hastalarda defibrilatör kullanan AAİ'ye dirençli VT'nin ablasyonunun, ilaç tedavisi artışına kıyasla, VT prevalansını ve bunlara neden olan cihaz şoklarını daha fazla azaltabileceğine dair kanıtlar vardır.

Daha önce yayınlanmış bir çalışmanın sekonder sonuçları, bir miyokard enfarktüsünden (MI) sonra ICD'li ve ilaca dirençli VT'si olan bu tür hastalarda kateter ablasyonu için desteği güçlendirmektedir. Ablasyon, yalnızca ilk VT olayı riskini azaltmakla kalmadı, aynı zamanda VT ve şokların miktarını ve yükünü de azalttı. Ablasyon hastaların Amiodaronlarını daha yüksek bir doza pompalamaktan (yükseltmek) ziyadedaha iyi çalıştı.

Araştırmanın birincil sonucunda, kateter ablasyonunun, ICD'li ve antiaritmiklere rağmen VT'si olan MI sonrası hastalarda VT'siz sağkalımı uzatmak için AAİ eskalasyonuna (doz artışına) üstün olduğu ortaya çıktı. Araştırmanın primer sonucunda kateter ablasyonunun, ICD'ler ve antiaritmiklere rağmen VT'si olan MI sonrası hastalarda VT'siz sağkalımı uzatmak için AAİ eskalasyonuna (doz artışına) göre üstün olduğu ortaya çıktı.

Mevcut VANISH çalışmasının analizi, ablasyonun avantajı: Yaklaşık 2 yıllık medyan takip boyunca şokla tedavi edilen VT olayları ve uygun şokların sıklığına da uygulandığında da gösterilmektedir.

Çözümü Zor Bir İlişki Değil

Bu ek avantaj, hastalara klinik ve fonksiyonel olarak fayda sağlayabilir. Daha büyük VT yükleri ve cihaz şokları, bir neden olarak mı yoksa sadece ilişkilendirme yoluyla mı bilinmemekle daha kötü sonuçlarla takip edilme eğilimindedir (kötü prognoz).

Yüksek VT yükü, VT fırtınası ve şokların tümü, daha yüksek bir ölüm riski ile ilişkilendirilmiştir. Bu anlaşılması zor bir ilişki değildir. VT kümelendikçe ve birkaç ay içinde birkaç şoktan daha fazlasını aldıkça, ölüm riski giderek artar.

Ancak bu riskin tırmanıp tırmanmadığı belirsizliğini koruyor; bunun hasta kalplerin şoklara neden olan VT geliştirme eğiliminden mi yoksa hastanın hayatını kurtarıyor olsalar da, daha fazla kalp hasarına veya yan etkilerinden şokların kendisinden mi olduğu belirsizliğini koruyor. Klinik pratikte birçok klinisyen ikincisinden şüpheleniyor. Ancak uzman görüşlerine göre: Kanıtların ötesinde ancak genel VT yükünü ve ICD şok yükünü azaltmak muhtemelen yaşam kalitesi için ve muhtemelen de kardiyak fonksiyon ve zor sonuçlar için daha iyidir.

Muhtemelen bir dereceye kadar azaltılmış VT yükü vardır, bu aslında daha az hastaneye yatış veya azalan mortalite anlamına gelebilir. Bu eşik bilinmiyor. Ancak hastaneye yatma, ölüm ve yaşam kalitesi riskini büyük ölçüde düzeltmesi için tamamen VT'nin bastırılması gerekmiyor. Örneğin hasta, ablasyondan önceki yıl içinde 20 şok alırsa, ancak bir yıl sonra bir şok alırsa, "hasta bunun aslında bir başarı olduğunu bilir.

AAİ Seçiminin Etkisi

VANISH sekonder analizi ayrıca, VT'leri Sotalol yerine Amiodaron'a dirençli olan hastaların, artan AAİ'lere kıyasla kateter ablasyonundan özel fayda elde ettiğini göstermektedir. Rapora göre, bunlar genel VT yükünde, antitaşikardi pacing (ATP) ile tedavi edilen VT yükünde ve kateter ablasyonundan sonra uygun ATP yükünde, tümü AAİ(dozu yükselmesine kıyasla önemli düşüşler gösterdiler. VT'leri esas olarak sotalol'e dirençli olanlarda, ablasyondan böyle bir fayda görülmedi. Bu, ICD'lerden gelen tedavilerin yükü için ablasyon faydalarının, muhtemelen çok kötühasta olan ve VT'si iki antiaritmikten daha güçlü olanına dirençli olan hastalar arasında daha belirgin olduğu anlamına gelebilir.

Araştırmacılar, VT'si daha etkili AAİ'ye yanıt vermeyen hastaların tedavinin bir sonraki aşamasından yararlanma olasılığının daha yüksek olduğunu doğruladı. Sotalol gibi "orta derecede(arada) etkili" bir ilacın başarısız olması, ablasyona başlamadan önce hala başka bir AAİ tedavi düzeyi (yüksek derecede etkili olduğu anlamına gelir.

VT Yükü Genel Olarak Etkilenmedi

VANISH, yakın zamanda sınıf I veya sınıf III antiaritmikler kullanırken monomorfik VT yaşayan benzer şekilde programlanmış ICD'leri olan 259 erkek MI sonrası hastayı incelemiştir. Bunların neredeyse üçte ikisi Amiodaron alıyordu ve yaklaşık üçte biri Sotalol alıyordu.

VT kateter ablasyonu veya artırılmış AAİ (yoğunlaştırılmış Amiodaron veya Amiodaron artı Meksiletin)'ye gitmeleri için rastgele atandılar; gruplar sırasıyla 132 ve 127 hastadan oluşuyordu. İki grup, en az bir uygun ICD tedavisi, yani defibrilatör şokları veya ATP ile tedavi edilen VT olaylarının toplam sayısı olarak tanımlanan "**VT yükü**"nın sonlanma noktası için yapılan takip sırasında benzer şekilde ilerledi. Ancak, artan AAİ grubuna kıyasla ablasyon uygulanan hastalar, aşağıdakiler için tehlike oranında (Hazard ratio, HR) önemli düşüşler gösterdi:

- Şokla tedavi edilen VT olaylarının yükü, HR: 0,60 (%95 GA, 0,38 – 0,95).
- Uygun şokların yükü, HR: 0,61 (%95 GA, 0,37 – 0,96).

Çalışmaya amiodaron refrakter VT ile giren hastalar arasında, kateter ablasyonuna atanan hastalarda artan AAİ'ye karşı aşağıdakilerin yükünde (HR'de) önemli azalmalar görüldü:

- Genel VT, 0,54 (%95 GA, 0,29 – 0,97)
- ATP ile tedavi edilen VT olayları, 0,64 (%95 GA, 0,29 – 0,99)
- ATP Yükü, 0,52 (%95 GA, 0,30 – 0,90).

Yeni VANISH bulguları, bu tür hastalarda artan AAİ yerine daha fazla ablasyon kullanımını teşvik etmelidir.

Ventricular Tachycardia and ICD Therapy Burden With Catheter Ablation Versus Escalated Antiarrhythmic Drug Therapy

Arttırılmış Antiaritmik İlaç Tedavisine Karşı Kateter Ablasyon ile Ventriküler Taşikardi ve ICD Tedavisi Yükü

Özet

Başlarken- Kateter ablasyonu, antiaritmik ilaca (AAİ) dirençli VT ve geçirilmiş miyokard enfarktüsü (MI) olan hastalarda ventriküler taşikardi (VT) olaysız (olay zamanı) sağkalımı düzeltir. Ablasyonun tekrarlayan VT ve implante edilebilir kardiyoverter-defibrilatör (ICD) tedavisi (yükü) üzerindeki etkileri henüz araştırılmamıştır.

Amaçlar- Bu çalışma, VANISH (Ventricular tachycardia AblatioN versus escalated antiarrhythmic drug therapy in ISchemic Heart disease) çalışmasında VT ve daha önce MI geçirmiş hastalarda ablasyon veya artırılmış AAİ tedavisini takiben VT ve ICD tedavisi yükünü karşılaştırmayı amaçladı.

Metodlar- VANISH çalışması, daha önce MI geçirmiş ve başlangıçtaki AAİ tedavisine rağmen VT hastaları artırılmış AAİ tedavisine veya kateter ablasyonuna randomize etti. VT yükü: ≥ 1 uygun ICD tedavisi ile tedavi edilen VT olaylarının toplam sayısı olarak tanımlandı. Uygun ICD tedavisi yükü: İletilen uygun şokların veya antitaşikardi pacing (ATP) tedavilerinin (ATP'ler) toplam sayısı olarak tanımlandı. Tedavi kolları arasındaki yükü karşılaştırmak için Anderson-Gill tekrarlayan olay modeli kullanıldı.

Sonuçlar- Kayıtlı 259 hastadan (medyan yaş, 69,8 yıl; %7,0 kadın), 132 hasta ablasyona ve 129 hasta ise artan AAİ tedavisine randomize edildi. 23.4 aydan uzun takip süresinde, ablasyon ile tedavi edilen hastalarda şokla tedavi edilen VT olay yükü %40 daha düşük ve artan AAİ tedavisi alan hastalara kıyasla %39 daha düşük uygun şok yükü vardı (tümü için $P < 0.05$).

Ablasyon hastaları arasında VT yükünde, ATP ile tedavi edilen VT olay yükünde ve uygun ATP yükünde bir azalma yalnızca amiodaron'a dirençli VT'si olan hasta tabakasında gösterildi (tümü için $P < 0.05$).

Yorumlar- AAİ'ye dirençli VT'si olan ve önceden MI geçirmiş hastalar arasında, kateter ablasyonu, artırılmış AAİ tedavisine kıyasla şokla tedavi edilen VT olay yükünü ve uygun şok yükünü azaltmıştır. Ayrıca ablasyon ile tedavi edilen hastalar arasında daha düşük VT yükü, ATP ile tedavi edilen VT olay yükü ve uygun ATP yükü vardı; ancak etki, Amiodaron dirençli VT'si olan hastalarla sınırlıydı.

Santral Çizim (Çalışma protokolü ve sonuçları)

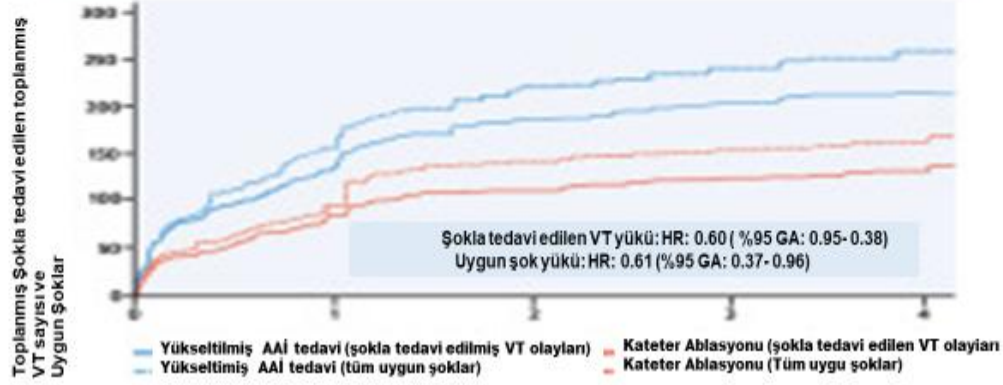
VaNISH Çalışması
Geçmişte MI
AAİ'lere rağmen aritmik
N= 259

Randomizasyon

Kateter ablasyon N= 132

Artırılan AAİ N= 129

- Uygun şoklar, ve şok ile tedavi edilen VT olayları
- Tüm VT yükleri, uygun ATP yükü, ve ATP'nin tedavi ettiği VT yükü sadece Amiodarona refrakter hastalarda



(<https://doi.org/10.1016/j.jacep.2023.01.030>)